

Herramienta de preselección de la PDO

El propósito de la herramienta de preselección de la PDO es proporcionarles al afiliado y al representante potencial, si corresponde, los requisitos básicos de la opción dirigida por el participante (PDO, por sus siglas en inglés). Esto se logra a través de una serie de preguntas, lo que incluye preguntas de pensamiento crítico que les permiten al afiliado y al representante potencial evaluar si están dispuestos y son capaces de participar en la PDO.

La Sección 1 de esta herramienta debe completarse con el afiliado cuando manifieste interés en participar en la PDO.

La Sección 2 de esta herramienta debe completarse con el representante potencial en los siguientes casos:

- un afiliado tiene interés en elegir un representante; un participante actual tiene interés en elegir un representante, o
- un participante actual quisiera elegir un representante diferente.

El asesor de cuidado de la salud debe leerles las instrucciones y las preguntas de la sección correspondiente al afiliado y al representante potencial, si corresponde. El asesor de cuidado de la salud debe marcar la casilla correspondiente o escribir las respuestas proporcionadas por el afiliado o el representante potencial. El afiliado, el asesor de cuidado de la salud y el representante potencial deben completar el consentimiento al final de cada sección, cuando corresponda.

Herramienta de preselección de la PDO

Sección 1 – Afiliado:

Esta sección debe completarse con cada afiliado que exprese interés en participar en la PDO. El afiliado debe tener la capacidad de tomar decisiones y de cuidarse a sí mismo; y si no califica debido a la incapacidad de realizar esto, debe tener un poder legal (POA, por sus siglas en inglés) o un tutor para participar en la PDO.

****Si el afiliado no se representa a sí mismo o tiene un representante, ir a la sección 2.****

Nombre del afiliado:

N.º de identificación de Medicaid:

Nombre del asesor de cuidado de la salud:

Nombre del plan:

Fecha:

Instrucciones para el afiliado

El propósito de esta herramienta de preselección es evaluar si tiene o no el deseo y la capacidad de cuidarse a sí mismo y de contratar a sus propios trabajadores.

Leeré en voz alta varias preguntas.

Algunas preguntas requerirán una de las siguientes respuestas: “Sí”, “No” o “Sí, con ayuda”.

- “Sí” significa que es capaz y está dispuesto a realizar las tareas.
- “No” significa que no puede o no quiere realizar las tareas.
- “Sí, con asistencia” significa que no puede realizar las tareas por su cuenta y necesitará la ayuda de alguien de confianza.

Algunas preguntas requerirán de su pensamiento crítico, para ayudarlo a decidir si la PDO es adecuada para usted.

Ninguna de las preguntas a continuación tiene una respuesta incorrecta.

Preguntas para los afiliados

1. ¿Está dispuesto a buscar y contratar a sus propios trabajadores?

Sí No Sí, con asistencia

1a. De ser necesario, ¿qué asistencia necesita?

Herramienta de preselección de la PDO

Preguntas para los afiliados, continuación

2. Si quisiera encontrar un trabajador que le ayude a completar las tareas cotidianas básicas, describa los pasos que tomaría para encontrar a esta persona (p. ej., ¿Dónde buscaría? o ¿Colocaría un anuncio?, etc.).

- Paso 1:
- Paso 2:
- Paso 3:

3. ¿Qué cualidades buscaría al contratar a alguien para que le proporcione un servicio? ¿Por qué son importantes las cualidades que enumeró?

4. ¿Está dispuesto a entrevistar (es decir, a hacerle preguntas) a alguien?

Sí No Sí, con asistencia

4a. De ser necesario, ¿qué asistencia necesita?

5. Cuando entreviste a alguien, deberá describir las tareas (es decir, los deberes) que el trabajador debe proporcionar. ¿Puede describir algunas tareas para **(el asesor de cuidado de la salud debe indicar un servicio de PDO del plan de cuidado del afiliado)?**

Herramienta de preselección de la PDO

Preguntas para los afiliados, continuación

6. ¿Qué preguntas podría hacerle a alguien en una entrevista?

7. ¿Está dispuesto a capacitar a sus trabajadores?

Sí No Sí, con asistencia

7a. De ser necesario, ¿qué asistencia necesita?

8. ¿Qué haría para planificar emergencias cuando exista la posibilidad de que un trabajador no esté disponible? (P. ej., su trabajador le avisa que está enfermo).

9. ¿Está dispuesto a completar la documentación (p. ej., con un dispositivo de verificación electrónica de consultas (EVV, por sus siglas en inglés) para aprobar las entradas electrónicas de horarios, formularios de impuestos federales y estatales, y planes de respaldo de emergencia) y conservar los documentos en nuestros registros para fines de control?

Sí No Sí, con asistencia

9a. De ser necesario, ¿qué asistencia necesita?

10. ¿Estaría dispuesto a usar un teléfono, tableta u otro dispositivo electrónico para aprobar las entradas de los horarios de su trabajador?

Sí No Sí, con asistencia

10a. De ser necesario, ¿qué asistencia necesita?

Herramienta de preselección de la PDO

Preguntas para los afiliados, continuación

11. ¿Está dispuesto a asegurarse de que su trabajador esté en conformidad con las reglas de contratación, como el uso de EVV?

Sí No Sí, con asistencia

11a. De ser necesario, ¿qué asistencia necesita?

12. Si no estuviera conforme con el servicio provisto por su trabajador, ¿cómo resolvería el problema?

13. ¿Podría despedir a un trabajador de un servicio directo?

Sí No

Pregunta final para el afiliado

Ahora que ya respondió todas las preguntas y completó las actividades de pensamiento crítico, ¿quiere participar en la PDO?

Sí No Sí, con un representante

Consentimiento:

Para ser completado por el **afiliado/poder legal/tutor legal:**

Como afiliado, he completado la Sección 1 de esta herramienta con la ayuda de mi asesor de cuidado de la salud y no deseo participar en la PDO.

Como afiliado, he completado la Sección 1 de esta herramienta con la ayuda de mi asesor de cuidado de la salud y me gustaría participar en la PDO, sin la asistencia de un representante.

Como afiliado, he completado la Sección 1 de esta herramienta con la ayuda de mi asesor de cuidado de la salud y me gustaría participar en la PDO, con la asistencia de un representante.

Firma del afiliado: _____ **Fecha:** ___/___/___

Como **asesor de cuidado de la salud**, he ayudado al afiliado a completar la Sección 1 de esta herramienta.

Firma del asesor de cuidado de la salud: _____ **Fecha:** ___/___/___

Herramienta de preselección de la PDO

Sección 2 – Representante potencial:

Esta sección debe completarse con el representante potencial en los siguientes casos:

Un afiliado tiene interés en elegir un representante, un participante actual tiene interés en elegir un representante o a un participante actual le gustaría elegir un representante diferente.

Nombre del representante potencial:

Fecha:

Instrucciones para representantes potenciales

El propósito de esta herramienta de preselección de la PDO es evaluar si usted tiene o no el deseo y la capacidad de ser el representante de la PDO para el afiliado (**el asesor de cuidado de la salud debe indicar el nombre del afiliado**). Como representante, será responsable de cuidar del afiliado y actuar como empleador de los trabajadores del afiliado.

Leeré en voz alta varias preguntas.

Algunas preguntas requerirán una de las siguientes respuestas: “Sí” o “No”

- “Sí” significa que es capaz y está dispuesto a realizar las tareas.
- “No” significa que no puede o no quiere realizar las tareas.

Algunas preguntas requerirán de su pensamiento crítico, para ayudarlo a decidir si es capaz y está dispuesto a representar al afiliado.

Ninguna de las preguntas a continuación tiene una respuesta incorrecta.

Preguntas para representantes potenciales

1. ¿Está dispuesto a buscar y contratar a los trabajadores del afiliado?

Sí No

Herramienta de preselección de la PDO

Preguntas para representantes potenciales, continuación

2. Si quisiera encontrar un trabajador que le ayude al afiliado a completar las tareas cotidianas básicas, describa los pasos que tomaría para encontrar a esta persona (p. ej., ¿Dónde buscaría?; ¿Colocaría un anuncio?)

Paso 1:

Paso 2:

Paso 3:

3. ¿Qué cualidades buscaría al contratar a alguien para que le proporcione un servicio al afiliado? ¿Por qué son importantes las cualidades que enumeró?

4. ¿Está dispuesto a entrevistar (es decir, a hacerle preguntas) a alguien?

Sí No

5. Cuando entreviste a alguien, deberá describir las tareas (es decir, los deberes) que el trabajador debe proporcionar. ¿Puede describir algunas tareas para **el asesor de cuidado de la salud debe indicar un servicio de PDO del plan de cuidado del afiliado**?

Herramienta de preselección de la PDO

Preguntas para representantes potenciales, continuación

6. ¿Qué preguntas podría hacerle a alguien en una entrevista?

7. ¿Está dispuesto a capacitar a los trabajadores del afiliado?

Sí No

8. ¿Qué haría para planificar emergencias cuando exista la posibilidad de que un trabajador no esté disponible? (P. ej., un trabajador del afiliado le avisa que está enfermo).

9. ¿Está dispuesto a completar la documentación (p. ej., con un dispositivo electrónico para aprobar planillas electrónicas de horarios, formularios de impuestos federales y estatales y planes de respaldo de emergencia) y conservar los documentos en nuestros registros para fines de control?

Sí No

10. Si no estuviera conforme con el servicio provisto por el trabajador de servicio directo del afiliado, ¿cómo resolvería el problema?

Herramienta de preselección de la PDO

Preguntas para representantes potenciales, continuación

11. ¿Está dispuesto a despedir a un trabajador de servicio directo?

Sí No

12. ¿Está dispuesto a supervisar las entradas de horarios de EVV que envíe el trabajador de servicio directo?

Pregunta final para el representante potencial

Ahora que ya respondió todas las preguntas y completó las actividades de pensamiento crítico, ¿está dispuesto a participar en la PDO como representante del afiliado?

Sí No

Consentimiento:

Para ser completado por el **representante potencial:**

He completado la Sección 2 de esta herramienta con la ayuda del asesor de cuidado de la salud del afiliado y me gustaría participar en la PDO, como representante del afiliado.

He completado la Sección 2 de esta herramienta con la ayuda del asesor de cuidado de la salud del afiliado y no deseo participar en la PDO, como representante del afiliado.

Firma del **representante potencial:** _____ Fecha: ___/___/___

Como **asesor de cuidado de la salud,** he ayudado al representante potencial a completar la Sección 2 de esta herramienta.

Firma del **asesor de cuidado de la salud:** _____ Fecha: ___/___/___